

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 153

LES
PÉRITONITES A PNEUMOCOQUES
A ÉVOLUTION SUBAIGÜE ET CHRONIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 Juillet 1935

PAR

Alfred-Enguerrand-Gaston CORNETTE DE SAINT-CYR

Interne des Hôpitaux

né à Caguas (Porto-Rico), le 22 décembre 1908.

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	Président.
JEANNENEY, professeur	
CHARRIER, agrégé	Juges
LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX.

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, rue du Peugue

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 153

LES
PÉRITONITES A PNEUMOCOQUES
A ÉVOLUTION SUBAIGÜE ET CHRONIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 Juillet 1935

PAR

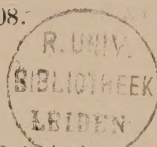
Alfred-Enguerrand-Gaston CORNETTE DE SAINT-CYR

Interne des Hôpitaux

né à Caguas (Porto-Rico), le 22 décembre 1908.

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	Président.
JEANNENEY, professeur.....	Juges
CHARRIER, agrégé	
LOUBAT, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, rue du Peugue

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen.....	M. MAURIAC
Assesseur.....	M. LABAT
Doyen honoraire.....	M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSE, MOURE,

RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale.....	Clinique chirurgicale in-
Clinique chirurgicale.....	fantile et orthopédie....
Clinique chirurgicale et	Clinique médicale des ma-
gynécologique.....	ladies des enfants.....
Pathologie et thérapeu-	Chimie biologique et mé-
tique générales.....	dicale.....
Clinique d'accouchements.	Physique médicale et phar-
Anatomie pathologique et	maceutique.....
microscopie clinique....	Médecine coloniale et cli-
Anatomie.....	nique des maladies exoti-
Anatomie générale et his-	ques.....
tologie.....	Clinique des maladies cuta-
Hygiène.....	nées et syphilitiques....
Médecine légale et déon-	Clin. des mal. des voies urinaires..
tologie.....	Clinique des maladies ner-
Electroradiologie et clin.	veuses et mentales....
d'électricité médicale..	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...
Chimie.....	Toxicologie et hygiène ap-
Botanique et matière mé-	pliquée.....
dicale.....	Hydrologie thérapeutique
Pharmacie.....	et climatologie.....
Zoologie et parasitologie.	Clinique dentaire.....
Médecine expérimentale.	
Clinique ophtalmologique.	

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie.....	Chirurgie générale.....
Anatomie.....	
Physiologie.....	
	Obstétrique.....
	Ophthalmologie.....
	Oto-Rhino-Laryngologie.....
	Dermatologie et syphilogra-
	phie.....
	Physique médicale.....
	Chimie générale pharma-
	ceutique et toxicologie...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Physiologie.....	Ophtalmologie.....
Médecine opératoire.....	Puericulture.....
Accouchements.....	Pharmacie chimique.....
Pathologie médicale.....	Zoologie et parasitologie.....
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	Botanique.....

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PERE ET A MA MERE

*Bien faible témoignage de
ma vive affection et de ma
profonde reconnaissance.*

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA SŒUR

A MES FRERES

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

MONSIEUR GUSTAVE CHÉNAUX

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE DROIT DE BORDEAUX
MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MA TANTE

MADAME G. CHÉNAUX

*En témoignage de ma
reconnaissance.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MM. LES DOCTEURS

DARMAILLACQ

FERRAN

GRENET

SARRAT

A MONSIEUR JACQUES CLOS

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE BORDEAUX

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAPIN

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEGOUIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPERIE

INTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR PARCELIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVANNAZ

MONSIEUR LE PROFESSEUR PERY

MONSIEUR LE DOCTEUR RABERE

A MES CHEFS DE CONFERENCES D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS BROUSTET ET MAHON

*Avec l'expression de toute
ma gratitude.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS CHAUVENET ET BROUSTET

*Qui ont bien voulu me sug-
gérer ce travail et y apporter
leur précieuse collaboration.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

PROFESSEUR HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DU CENTRE ANTICANCÉREUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE INTERALLIÉE
ET DE LA MÉDAILLE DE LA VICTOIRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Veillez trouver, mon cher
Maître, l'expression de notre
vive reconnaissance pour l'en-
seignement que vous nous
avez donné et pour l'intérêt
que vous nous avez toujours
témoigné.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURIAC

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Avec l'expression de ma
profonde reconnaissance pour
la confiance que vous avez
bien voulu me témoigner en
me désignant pour la situation
que je suis destiné à occuper.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
ET GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Mon cher Maître,

Permettez-moi de vous exprimer ma profonde reconnaissance pour l'accueil que vous m'avez réservé dans votre service, pour l'intérêt que vous m'avez témoigné et pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider cette thèse.

INTRODUCTION

L'histoire de la péritonite à pneumocoque remonte à 1885, époque où BIZZOLO découvrit pour la première fois le diplocoque encapsulé dans l'exsudat d'une péritonite enkystée.

L'année suivante, CORNIL le retrouva à l'autopsie d'un adulte qui présentait en outre une pneumonie double et de la péricardite.

NETTER, SEVESTRE, BRUN, montrèrent sa fréquence et distinguèrent deux formes cliniques :

La forme localisée et la forme diffuse.

Ensuite vinrent les travaux d'ensemble de CASSAET 1896, la thèse MICHAUD, le travail de JANSEN celui de LENORMAND et LECÈNE 1905, qui complétèrent l'étude.

Dans ces dernières années, la question reprit de l'actualité et fit l'objet du rapport de BRECHOT et NOVE-JOSSERAND au Congrès français de Chirurgie 1931.

Après avoir étudié rapidement le tableau classique de la péritonite à pneumocoque, nous voudrions insister sur une forme clinique qui nous a paru intéressante :

La péritonite chronique d'emblée, que l'on pourrait aussi appeler abcès froid péritonéal pneumococcique, dont nous avons des observations très nettes.

Les recherches bibliographiques que nous avons effectuées nous montrent que ces formes sont très rares ou tout au moins très peu connues.

Dans sa forme ordinaire, la péritonite à pneumocoque est généralement marquée par un début brusque, bruyant, parfois dramatique, une douleur abdominale violente

accompagnée de vomissements, de diarrhée et d'une élévation rapide et importante de la température.

Il est exceptionnel qu'il y ait des prodromes, on a même voulu opposer ce début à celui de l'appendicite où la crise grave est souvent précédée de crises légères.

Parfois, la péritonite se développe au cours d'une septicémie ou d'une pneumonie, et ses signes sont masqués par ceux de l'autre affection.

En résumé, il existe quatre signes :

La douleur, les vomissements, la diarrhée et la fièvre.

L'évolution peut se faire sous deux formes :

La péritonite diffuse,

La péritonite enkystée.

Dans la péritonite diffuse, les signes de début sont graves, l'état général est alarmant, il y a dissociation du pouls et de la température, polypnée, dyspnée, cyanose ; l'état général marque une intoxication profonde.

Les douleurs s'accroissent, les vomissements se renouvellent, la diarrhée persiste, la température se maintient autour de 39°, le pouls autour de 150.

Localement, le ventre est ballonné, tendu ou, au contraire, souple et peu douloureux dans les formes très toxiques.

Le plus souvent, le malade meurt dans le collapsus cardiaque.

Dans la forme suppurée, la mortalité est de 75 % ; dans la forme toxique, elle est de 86 %.

Très différente au point de vue de son évolution est la péritonite localisée.

Les vomissements du début cessent, la diarrhée persiste jusqu'au douzième jour environ, la douleur se calme et l'état général s'améliore ; il y a même des cas où la guérison se produit après une légère atteinte du péritoine.

Dans le cas habituel, la température s'abaisse autour de 38°, 38°5, l'inappétence persiste avec un certain malaise, le

ventre vers le quatrième jour se météorise, mais reste souple et dépressible, puis, peu à peu, on perçoit d'une façon de plus en plus nette, une certaine rénitence profonde, élastique, bien différente du plastron de l'appendicite et des gâteaux de la péritonite tuberculeuse.

On délimite de mieux en mieux les contours de cette collection qui siège habituellement dans la région hypogastrique.

Elle forme une tumeur bien délimitée, qui s'arrête au bord externe des droits ou bien s'étend plus ou moins dans les fosses iliaques, arrondie et ressemblant un peu à une vessie distendue ou à un utérus gravide.

Elle s'accroît rapidement et soulève la paroi abdominale; au bout de quelques jours, la fluctuation devient très nette.

Dans quelques cas, la collection peut remonter jusqu'à la base du thorax.

La percussion montre une matité complète entourée de sonorité tympanique.

La température s'élève progressivement quand l'épanchement se constitue et prend le type oscillant des fièvres de suppuration. Elle est quelquefois accompagnée de sueurs et de frissons.

Le malade maigrit et peut se cachectiser.

Au bout de la troisième semaine, l'épanchement cherche à s'extérioriser, et le pus se dirige vers l'ombilic qui devient saillant, rougit, s'ulcère, se perfore, donne issue à une quantité variable de pus.

Cette fistule peut guérir rapidement ou persister très longtemps et emporter le malade par cachexie, après toute une série de réveils inflammatoires.

Plus rarement, la poche s'ouvre dans l'intestin, la vessie, le vagin.

A côté de cette forme classique, il existe des formes anormales par leur localisation, par leur gravité, par leur évolution, et nous voulons insister dans ce travail sur la péritonite pneumococcique chronique d'emblée dont nous

avons six observations dont deux inédites dues à l'obligeance de M. le D^r CHAUVENET, de Thouars.

Après avoir exposé ces observations, nous essaierons d'en tirer un tableau clinique, d'en déceler l'étiologie, d'en montrer le pronostic, et nous les opposerons aux observations de péritonites généralisées chroniques d'emblée que nous avons pu retrouver dans nos recherches bibliographiques.

LA PERITONITE LOCALISEE.

Nous présenterons d'abord quelques observations concernant cette forme, et nous insistons sur sa localisation plus fréquente dans l'hypocondre droit, région sous-hépatique.

OBSERVATION I.

(MM. A. CHAUVENET (de THOUARS) et P. BROUSTET. —

Observation *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1931.)

M. K..., industriel, âgé de 19 ans, m'est adressé par le docteur GALLOIS parce qu'il présente une tumeur de l'hypocondre droit. Cette masse est apparue lentement (en quelques mois) sans jamais déterminer la moindre douleur ni de troubles de l'état général. Le malade n'a jamais eu de fièvre. Il n'est allé consulter son médecin que parce que la tumeur grossissait et qu'elle, lui donnait une légère sensation de gêne abdominale.

Dans les antécédents pathologiques du patient on doit noter une pleurésie séro-fibreuse gauche survenue il y a trois ans, et ayant duré paraît-il trois mois. M. K... a vécu en Suisse ou à Lyon et n'est dans la région de Thouars que depuis quelques mois. Ce fait est à remarquer car la maladie hydatique est certainement d'une extrême rareté ici.

Il s'agit d'un jeune homme solide, ayant l'air de jouir d'une santé très bonne. Il a bon appétit, n'a aucun trouble du transit intestinal, aucun signe d'intoxication hydatique. Pas de fièvre. Occupant l'hypocondre et le flanc droits, on voit et l'on palpe une masse paraissant arrondie, tendue, donnant la sensation

d'une collection liquide sous tension, du volume de trois poings.

La palpation de cette masse ne cause pas de douleur.

A la percussion : matité se prolongeant en haut avec la matité hépatique. La tumeur est immobile.

La radiographie (D^r DUCELLIER) montre une ombre régulièrement arrondie, sous-hépatique, et prolongeant sans séparation l'ombre du foie. Le côlon est abaissé et se voit dessinant de sa bande claire le bord inférieur de la masse pathologique.

Le cathétérisme de l'uretère droit montre un fonctionnement rénal parfait.

La réaction de Veinberg-Parvu est négative, la formule hémoleucocytaire absolument normale : ni leucocytose, ni éosinophilie (D^r VIALLE).

Malgré cela, et après avoir pensé à toutes sortes de choses le diagnostic le plus favorable paraît devoir être celui de kyste hydatique du foie.

Opération le 17 avril 1930 avec l'aide de M. BROUSTET.

Anesthésie à l'éther. Incision transversale sous-costale basse sur le plus saillant de la tumeur.

Le péritoine très épaissi, incisé, il s'écoule sous une forte pression un jet de pus verdâtre, un peu séreux et sans la moindre odeur. Ce pus occupait une loge régulière, limitée en haut par le foie, en avant et en dehors par la paroi antérieure de l'abdomen en bas par le côlon, en dedans par l'épiploon adhérent. Aucune faille ne permet de soupçonner une origine viscérale à cette suppuration. On vide cette loge, on recueille du pus pour examen et quelques fongosités sans caractères spéciaux. On met un drain et on ferme en trois plans. Ablation du drain le troisième jour. Dix jours après l'opéré quitte la clinique avec une paroi entièrement cicatrisée. Nous l'avons revu le 12 juin dernier : il va parfaitement bien. La cicatrice est solide ; on ne sent pas de tuméfaction ou d'induration au-dessus d'elle. Le malade a engraisé et ne se plaint de rien.

Examen du pus (D^r VIALLE, de Tours). — Pus de nécrose : assez peu de polynucléaires ; pas de germes, en particulier pas de B. K. ni de pneumocoques. Inoculation au cobaye négative.

Examen histo-bactériologique des fongosités prélevées. —

L'examen histologique montre que les divers fragments sont constitués par un tissu inflammatoire ; à sa formation concourent des éléments conjonctifs, plasmocytes, fibres qui forment une trame assez lâche dans laquelle viennent se loger des lymphocytes et des polynucléaires. Ces derniers ne sont pas predominants et le nombre des lymphocytes est certainement supérieur au leur. Ceux-ci ne sont d'ailleurs pas groupés en follicules, ils restent tout à fait irrégulièrement disséminés. On ne voit pas de cellules géantes.

En somme, l'image est celle d'une péritonite subaiguë ; l'aspect des coupes n'est pas en faveur d'une origine tuberculeuse, mais ne permet cependant pas d'en rejeter absolument l'hypothèse.

L'examen bactériologique du pus, pratiqué à Tours par le docteur VIALLE, n'ayant décelé aucun germe, nous nous sommes demandé si leur recherche dans les parois mêmes de l'abcès ne serait pas plus fructueuse.

Une coloration par le Zient ne nous montra aucun bacille de Koch, mais par contre des diplocoques dont nous cherchâmes à préciser la nature par une coloration de Gram. Celui-ci nous permit en effet de reconnaître des diplocoques lanceolés, encapsulés prenant le Gram. Ces germes ont évidemment l'apparence du pneumocoque. Mais ils ne sont pas seuls en cause, et nous découvrons à côté d'eux quelques bâtonnets ne prenant pas le Gram dont nous ne pouvons préciser la nature.

Ces microbes sont d'ailleurs très peu nombreux ; on ne les trouve que groupés en quelques gîtes, après avoir longuement parcouru l'ensemble de la préparation.

Il semble donc bien que cet examen histobactériologique des fongosités de l'abcès autorise le diagnostic de péritonite subaiguë à pneumocoques.

Sans doute ne pouvons-nous absolument affirmer qu'il s'agit de pneumocoques. La seule morphologie ne permet pas toujours, sans le secours des cultures, de distinguer ce germe de l'entérocoque. La netteté de la capsule plaide cependant en faveur du pneumocoque. Il se trouve dans le cas particulier,

associé, comme il arrive parfois à d'autres germes dont l'identification exacte n'est pas possible d'après leur seul examen.

Nous croyons donc être en droit de conclure à l'existence d'une péritonite pneumococcique localisée, extrêmement bénigne et d'une évolution tout à fait atypique puisque aucun symptôme général n'en a marqué l'évolution, puisque rien dans l'histoire et dans l'examen ne permettait de songer à l'existence d'une collection suppurée.

OBSERVATION II

(Docteur CHAUVENET, *inédite.*)

M^{me} B..., 69 ans, malade du docteur FRAPPEREAU.

Péritonite subaiguë sous-hépatique à pneumocoques.

Au mois de juillet, cette malade a présenté avec brusquerie des douleurs iliaques droites avec nausées et légère élévation de la température. Le diagnostic d'appendicite a été envisagé par le docteur CHASTAIGNET qui me remplaçait. A ce moment, gêne pour l'émission des gaz ; constipation. On a constaté, en outre, l'existence d'un léger *épanchement pleural droit* (non ponctionné).

Depuis ce moment, la malade continue de souffrir et on a vu apparaître au niveau de l'abdomen plusieurs noyaux douloureux durs, d'aspect néoplasique.

En août, au moment de mon premier examen, il existe une volumineuse tumeur sous-hépatique droite, de consistance élastique, un peu douloureuse à la palpation. Il existe d'autre part un foyer analogue mais de plus petit volume du côté gauche (du côté droit, grosseur d'une tête de fœtus à terme, du côté gauche grosseur d'une orange).

Du côté gauche, la tumeur est légèrement mobile.

La température oscille entre 37°4 et 37°8 ; l'état général est mauvais et décline rapidement.

Le caractère de ces tumeurs, l'état subfébrile, les troubles de l'état général font penser à une lymphogranulomatose, affection très fréquente dans cette région.

Au moment de cet examen, il existe un peu d'opacité de la base droite sans épanchement liquidien.

On institue un traitement par les R. X. (D^r TÉZÉ).

La radiothérapie ultra-pénétrante fait fondre la masse gauche. La masse droite ne bouge pas, a même plutôt tendance à augmenter ; la température reste la même.

A ce moment, le rappel de l'histoire clinique m'aiguille vers le diagnostic d'abcès pneumococcique et je pratique une ponction exploratrice qui me permet de retirer du pus crémeux, vert, dont l'examen est pratiqué par le docteur VIALLE. Il donne le résultat suivant :

« Cytologie : pus à cellules très altérées ; globules rouges ; germes : présence de nombreux pneumocoques sans association d'autres germes. »

On se décide à intervenir.

Opération le 24 septembre 1934.

Incision verticale droite au bord externe du G. droit. Ouverture de l'abcès dont la paroi est considérablement épaissie et lardacée et dont on ne peut identifier les éléments limitants.

La poche est du volume d'une grosse orange.

Assèchement par aspiration ; pose d'un gros drain laissé six jours. Les suites sont très simples. La malade se remonte rapidement. Guérison.

OBSERVATION III (*Inédite.*)

(D^r CHAUVENET.)

M^{me} P..., 60 ans, malade du D^r GERMONT.

Il s'agit d'une femme tarée, diabétique, insuffisante cardiaque, porteuse d'un volumineux prolapsus génital, qui a fait il y a quatre semaines une grippe sévère sans foyer pulmonaire de type pneumococcique (D^r GERMONT).

Après cet épisode aigu, elle a vu apparaître dans l'hypochondre droit une masse à développement progressif, douloureuse, accompagnée de troubles digestifs, de vomissements, de

constipation, de petites crises de type péritonéal et s'accompagnant de troubles rapidement graves de l'état général.

Au moment de mon examen, je trouve une femme très fatiguée, au faciès cyanosé, au pouls rapide et mou.

On perçoit au niveau de l'hypochondre droit une masse énorme du volume d'une tête d'adulte, peu douloureuse, fluctuante, donnant en arrière le contact lombaire, mate à la percussion, paraissant continuer le foie sans démarcation.

Depuis la cessation de l'épisode grippal, la température était restée à la normale. Il n'y a pas de fièvre au moment de mon examen. Pas non plus pendant plusieurs jours à la clinique.

La malade urine 3 litres par jour ; 8 grammes de glucose par litre ; traces d'acétone.

On fait tout d'abord un traitement insulinique et on donne des tonicardiaques.

L'examen clinique et la séparation des crises montrent que la tumeur n'a aucun caractère rénal ou péri-rénal.

D'autre part pendant la période d'observation, on assiste à un nouvel épisode aigu avec élévation de la température et accroissement subit de la tumeur.

Une ponction montre qu'il s'agit de pus crémeux, vert, dont l'examen bactériologique (D^r VIALLE) montre la présence de rares pneumocoques et de streptocoques.

Opération le 1^{er} mai 1935 sous anesthésie locale.

Incision verticale sur le bord externe du grand droit à droite donnant accès, après avoir traversé une coque épaisse, dans une énorme cavité remplie de pus. Contre-incision latérale et drainage.

Contrairement à notre attente, la malade se remonte et quitte la clinique après guérison en trois semaines.

Après l'intervention on a fait du sérum antipneumo et anti-strepto de Vincent à haute dose.

Dans ce cas il s'agissait d'une association pneumo-strepto (réchauffement d'une péritonite froide).

OBSERVATION IV.

(ROCHET, *Lyon Chirurgical*, juin 1935.)

En octobre 1929, une robuste cultivatrice de 40 ans m'est adressée pour tumeur osseuse de la fosse iliaque gauche ; elle a été opérée en 1927 d'une appendicite à chaud par un chirurgien d'une petite ville voisine. La suppuration post-opératoire a duré trois mois et je n'ai pu avoir de renseignements sur cette observation. A l'examen, très bon état général, pas de fièvre, la tumeur du volume d'un poing est plaquée contre l'os iliaque dans la fosse iliaque gauche, elle adhère intimement au plan osseux, n'est pas douloureuse, les plans pariétaux de couverture ne sont pas modifiés.

Abdomen souple, toucher vaginal négatif.

Une incision exploratrice me montra qu'il s'agissait d'une tumeur inflammatoire contenant au centre d'une coque très épaisse et dure, quelques gouttes de pus.

Drainage, guérison rapide.

La malade revient fin mars 1930 parce qu'elle présente depuis un mois des troubles vésicaux ; polakyurie.

A l'examen, vessie normale mais le toucher vaginal montre une tumeur pré et latéro-utérine droite du volume d'une tête de fœtus adhérente à la paroi abdominale au niveau de la branche ilio-pubienne droite ; la tumeur était sous-péritonéale développée au niveau de l'espace pré et latéro-vésical droit. Fermeture du péritoine. Une dilacération prudente de tissus lardacés conduit sur un abcès du volume d'une noix, entouré d'une énorme coque inflammatoire. Drainage.

L'examen de culture du pus prélevé montre qu'il s'agit d'un abcès à pneumocoque.

On fait un auto-vaccin.

Les suites opératoires furent aussi simples qu'après la première opération.

L'auto-vaccination fut pratiquée normalement.

La malade est restée guérie depuis après une suppuration qui dura un mois environ.

L'auteur estime que dans le cas présent, il s'agit d'abcès rési-

duel à point de départ péritonéal car il suppose que l'épisode opéré comme appendicite à chaud était une péritonite aiguë à pneumocoque, ou bien il s'agit d'une complication lointaine de la septicémie qui a été à l'origine de cette infection péritonéale.

OBSERVATION V.

(ZIMMERMANN, *Revue de Suisse romande*, 1914.)

Fille âgée de huit ans et demi, parents peu suspects de tuberculose atteinte elle-même de rougeole seulement, entre à la maison des Enfants malades pour amaigrissement, alternative de diarrhée et de constipation, douleur et ballonnement du ventre, submatité et plaque dure dans le flanc droit puis dans le flanc gauche, état subfébrile tous les soirs. On porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse; elle sort améliorée au bout de quatre mois puis revient trois mois après pour diarrhée et fièvre oscillante. Après un temps assez court issue de pus au niveau de l'ombilic. Amélioration, puis nouvelle rechute suivie d'émission de pus dans les selles, mort dans un état de cachexie progressive. L'examen du pus a montré qu'il s'agissait d'une péritonite à pneumocoque.

OBSERVATION VI.

(LAROYENNE et PARISOT, *Lyon médical*, 1921.)

Il s'agit d'une malade âgée de 70 ans, elle fit une affection pulmonaire d'allure pneumonique en 1929 suivie de rechute, la convalescence est traînante, au bout de trois mois, apparaissent des douleurs abdominales sourdes avec atteinte progressive de l'état général, pas de fièvre; 6 mois après, syndrome de péritonite enkystée. Pas de diarrhée. La laparotomie montre une poche purulente, il s'agit d'une association de pneumocoque et de pneumobacilles de Friendlander.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Fréquence. — Il semble que cette forme est très rare.

Nous signalerons simplement la proportion infime de ces formes par rapport à l'ensemble des pneumococcies péritonéales.

L'âge. — Comme il fallait s'y attendre, c'est chez l'adulte qu'on les trouve. Sur quatre malades, l'un avait 69 ans, l'autre 60 ans, le troisième 70 ans (LARROYENNE et JARICOT), le quatrième, 19 ans.

L'existence de cette forme torpide ne saurait nous étonner chez le vieillard chez qui nous sommes habitués à voir évoluer des péritonites avec un minimum de signes généraux comme le témoigne l'appendicite à forme tumorale, mais sur une de nos observations, le malade était âgé de 19 ans, et c'est chez lui que le syndrome se manifestait de la façon la plus pure. La formule hémoleucocytaire était absolument normale et ne montrait pas de leucocytose, à tel point qu'on avait pensé à un kyste hydatique du foie.

Sexe. — Il ne semble pas que le sexe ait une influence, car nous ne pouvons pas admettre dans cette forme sous-hépatique et sus-mésocolique, l'origine génitale de cette affection qui semble secondaire à une atteinte pulmonaire; cependant, sur nos quatre observations, trois fois il s'agissait de femmes.

Classiquement, pour LENORMAND et LECENE, il y a deux hommes touchés pour une femme, chez l'adulte. Les stati-

tiques modernes tendent cependant à prouver pour l'ensemble des péritonites pneumococciques une prédominance marquée pour le sexe féminin (66 % des cas).

La péritonite est-elle primitive ou secondaire ?

On a classé les péritonites en primitives et secondaires, c'est-à-dire consécutives à une autre manifestation pneumococcique. LENORMAND et LECENE les classent en isolées et associées ; ils estiment qu'il est des cas où il est difficile d'établir la succession des différentes manifestations pneumococciques.

Pour ces auteurs, la péritonite isolée est plus fréquente ; ils en relèvent 47 cas sur 74.

NOVE-JOSSERAND, sur 40 cas, compte 31 péritonites isolées contre 9 associées ; il admet une proportion de 60 %.

MAC CARTNEY affirme que chez les filles seulement existe la péritonite primitive et que chez les garçons elle est toujours secondaire.

Au contraire, les formes associées sont plus fréquentes chez les nourrissons et les adultes.

Classiquement, chez le nourrisson, il s'agit presque toujours de septicémie à localisations multiples : otites, mastoïdites, méningites, affections pleuro-pulmonaires, péricardites, néphrites, etc.

Parfois, le pneumocoque montre une tendance particulière à atteindre les séreuses ; aussi voit-on dans ces cas l'association de péritonite, pleurésie et péricardite.

On admet que chez l'adulte ce sont les affections pleuro-pulmonaires qui sont le plus souvent associées à la péritonite.

Dans la statistique de NOVE-JOSSERAND, sur 9 péritonites associées, il y avait 7 pneumonies et 2 pleurésies.

Sur 28 cas, BARNING a trouvé 19 fois des lésions pulmonaires ou pleurales et 6 fois des pneumonies.

JANSEN admet que, dans l'ensemble des cas, l'atteinte pulmonaire ne précède la péritonite qu'en apparence, mais

que les signes de la péritonite sont masqués au début par ceux de la pneumonie.

Les auteurs italiens et américains insistent sur l'existence fréquente d'une angine qui pourrait être considérée comme la porte d'entrée de l'infection.

Les formes chroniques de péritonite à pneumocoque ont semblé des formes associées ou secondaires à une atteinte pulmonaire.

Dans aucun cas, il ne s'est agi de pneumonie franche. Dans presque tous les cas, nous avons relevé une atteinte larvée de l'appareil pleuro-pulmonaire.

Dans l'observation I, le jeune malade avait eu une affection pulmonaire suivie d'épanchement pleural trois ans avant que l'attention ait été attirée sur une collection péritonéale.

Dans l'observation III, la malade avait eu, quatre semaines avant l'épisode péritonéal, une grippe sévère.

Dans l'observation II, au contraire, l'épisode péritonéal a débuté en même temps qu'apparaissait un épanchement pleural.

Dans l'observation IV, de LARROYENNE et JARICOT, la malade eut un foyer pulmonaire trois mois avant le début de la péritonite.

Ces faits nous autorisent à dire que les formes chroniques de péritonites à pneumocoque sont le plus souvent des formes secondaires.

Dans le cas de LESAGE et PINEAU, on trouve à l'autopsie du pneumocoque non seulement dans le péritoine, mais encore dans la plèvre et le péricarde.

Dans le cas de MENETRIER et RUBENS DUVAL, on trouve du pneumocoque dans les ganglions médiastinaux.

ROCHET a signalé une étiologie particulière de la péritonite chronique.

Il admet qu'après avoir donné une atteinte aiguë du péritoine, le pneumocoque peut demeurer à l'état latent dans

le péritoine et donner des abcès à allure chronique plusieurs années après l'atteinte primitive.

DIEULAFOY et BRUN ont voulu faire jouer un rôle au traumatisme. Chez aucun de nos malades nous n'avons relevé cette étiologie.

En résumé, le pneumocoque dans les péritonites aiguës signale son passage dans l'organisme par une pneumonie franche ou par des phénomènes septicémiques avant de se localiser au péritoine.

Dans les formes chroniques et subaiguës, il marque son passage par une atteinte le plus souvent discrète du poumon ou de la plèvre.

PATHOGENIE

Le pneumocoque est l'hôte habituel de la bouche et du naso-pharynx ; chez l'homme normal, il a été trouvé dans 20 % des cas, par NETTER. C'est vraisemblablement de là qu'il part pour déterminer la péritonite à pneumocoque ; il marque son passage dans le poumon ou dans la plèvre. parfois il cause une septicémie dont la péritonite n'est qu'une des multiples manifestations.

Les auteurs admettent que quatre voies s'offrent à lui pour atteindre le péritoine :

La voie génitale,

La voie intestinale,

La voie sanguine,

Et la voie trans-diaphragmatique.

Discutons chacune de ces voies à propos des formes qui nous intéressent :

La prédominance remarquable de la péritonite à pneumocoque chez le sexe féminin et sa localisation classique dans la partie inférieure de l'abdomen ont amené à envisager l'hypothèse d'une infection d'origine génitale.

Dans certains cas, cette voie est indiscutable. Chez l'adulte, on a trouvé du pneumocoque dans les lochies des accouchées, on l'a trouvé même dans l'utérus.

MAC CARTNEY et FRASER s'accordent pour admettre cette pathogénie dans les péritonites des petites filles.

Dans les cas de péritonites subaiguës enkystées, on ne peut guère admettre cette pathogénie à cause du siège sous-hépatique et sus-mésocolique de la collection.

La voie intestinale. — Les signes de gastro-entérite qui accompagnent le début de la péritonite à pneumocoque font penser que l'intestin peut être la source de l'infection péritonéale.

DE KERVAIN a trouvé dans une péritonite à pneumocoque un appendice qui contenait du pneumocoque et du colibacille.

Les auteurs allemands admettent que l'infection se ferait par voie lymphatique à travers la muqueuse intestinale ; ils se basent sur ce fait qu'ils ont trouvé du pneumocoque dans les selles.

Dans les observations de péritonites subaiguës ou chroniques, nous n'avons pas relevé de phénomènes digestifs marqués et jamais, au voisinage de la poche purulente, on n'a trouvé l'appendice malade.

Nous ne pensons pas que cette voie puisse être invoquée dans les cas qui nous intéressent.

Il nous reste à discuter la voie sanguine et la voie trans-diaphragmatique.

La voie sanguine est la seule acceptée par MICHAUT et celle qui depuis toujours a été défendue par l'école française. MICHAUT l'accepte par élimination et aussi parce qu'elle a été adaptée à tous les cas tant dans les péritonites primitives que dans les péritonites secondaires.

Le point de départ seul de la pneumococcémie différerait :

Poumons, dans les péritonites secondaires,

Voies respiratoires supérieures, cavité buco-pharyngée dans les primitives.

Elle explique d'ailleurs certaines localisations du pneumocoque : néphrites, arthrites, ostéites, orchites, etc...

Enfin, MICHAUT invoquait en faveur de cette voie le fait que le pneumocoque avait pu être constaté dans l'endocardie (NETTER).

Dans le cas de LESAGE et PINEAU, on le trouve également

dans l'endocarde, le péricarde et la plèvre ; il s'est agi d'une véritable imprégnation de l'organisme par le pneumocoque.

La voie trans-diaphragmatique a également ses défenseurs.

Nous ne pouvons pas admettre comme BURCHKARDT que l'infection s'est transmise par infiltration du tissu cellulaire sous-pleural, car, dans nos observations la péritonite est sous-hépatique, on peut admettre que l'infection se serait faite par voie lymphatique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Généralement, on admet que la péritonite à pneumococque est toujours généralisée au début et qu'elle se localise secondairement grâce à la défense organique favorisée par les dépôts fibrineux abondants.

Cependant, il existe des formes très limitées dont l'origine doit nécessairement se trouver dans une infection limitée à une petite partie de la séreuse.

Dans le cas qui nous intéresse on tombe sur une collection dont les caractéristiques sont les suivantes :

Elle est située dans l'hypocondre droit juste derrière la paroi, au-dessous du foie, au-dessus du côlon.

Dans un cas on pouvait distinguer ces organes, on pouvait voir même que la limite interne était formée par de l'épiploon adhérent. Dans deux autres cas, la coque est si épaisse qu'il est impossible d'en identifier les éléments limitants.

Dans aucun des cas, on n'a trouvé de fissure permettant de soupçonner l'origine viscérale de cette suppuration. Cette coque est tapissée de fongosités sans caractères spéciaux.

Dans le cas de ROCHET, la tumeur, du volume d'un poing, est plaquée dans la fosse iliaque gauche ; chez la même malade une deuxième masse est trouvée en dehors du péritoine dans l'espace latéro-vésical droit.

Le volume est variable allant de celui d'un poing à celui d'une tête d'adulte.

Ce qui semble caractéristique, c'est l'épaisseur de la coque qui tient le liquide sous tension. Cette épaisseur explique la

sensation de dureté que l'on éprouve en palpant ces tumeurs et les erreurs de diagnostic qui ont pu être faites à leur sujet.

Dans le cas de ROCHET, on a trouvé dans une tumeur du volume d'une tête de fœtus un abcès du volume d'une noix.

Le contenu de la poche est formé du pus typique des péritonites pneumococciques, pus crémeux, vert, dont l'examen, dans la plupart des cas, montre des polynucléaires très altérés et la présence de nombreux pneumocoques.

Dans un cas étudié spécialement par le D^r BROUSTET, le pus ne contenait pas de pneumocoque mais il a trouvé dans les parois mêmes de l'abcès des diplocoques lancéolés, encapsulés, prenant le Gram.

ETUDE CLINIQUE

Début : Il est insidieux, le malade vient consulter soit parce qu'il a constaté la présence d'une tumeur dans l'hypocondre droit, c'est le cas de l'observation n° 1 de Chauvenet, le malade de Rochet est envoyé pour « tumeur osseuse » de la fosse iliaque gauche.

Parfois et c'est croyons-nous le cas le plus fréquent, l'attention est attirée vers l'abdomen par quelques douleurs, quelques vomissements, un peu de constipation avec alternance de diarrhée ; signalons dans presque toutes nos observations, l'existence d'un épisode pulmonaire préalable, mais souvent très discret, retrouvé seulement par l'interrogatoire.

Période d'état : Il existe une masse siégeant le plus souvent dans l'hypocondre droit ou en un autre point de l'abdomen. Elle paraît arrondie, donne la sensation d'une collection liquide sous tension. Elle peut être de consistance élastique ou extrêmement dure (ROCHET).

En général, elle est absolument immobile.

Dans deux cas, elle est absolument indolore à la palpation, dans deux autres elle était légèrement douloureuse.

Cette tumeur dans trois cas était absolument mate à la percussion et sa matité se poursuivait sans ligne de démarcation avec la matité hépatique.

Cette tumeur peut présenter un contact lombaire.

Dans un cas on a pratiqué la radiographie qui montrait une ombre régulièrement arrondie sous-hépatique et prolongeant sans séparation l'ombre du foie, le côlon était

abaissé et se voyait dessinant de sa bande claire le bord inférieur de la masse pathologique.

On conçoit facilement que cette forme de péritonite peut être confondue avec un kyste hydatique du foie.

A côté de ce siège sous-hépatique, il peut exister d'autres localisations : fosse iliaque gauche (ROCHET), région sous-ombilicale (ZIMMERMANN, LARROYENNE et JARICOT).

Un caractère sur lequel nous tenons à insister c'est la dureté que peut présenter cette tumeur, dureté quelquefois néplasique, dans un cas on a pensé à une lympho-granulomatose, dans un autre à une tumeur osseuse. Cette dureté s'explique par l'épaisseur de la coque qui entoure du pus sous tension.

Signes fonctionnels. Dans deux cas ils étaient complètement absents et la collection a été une découverte d'examen, mais dans les autres cas il existait quelques douleurs; quelques vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation; dans aucun cas on ne relève de troubles de compression.

Signes généraux. On s'attend évidemment en présence d'une vaste collection intro-péritonéale due au pneumocoque à trouver une atteinte progressive de l'Etat général et surtout la température oscillante des grandes suppurations.

Chez trois de nos malades, on relève une atteinte marquée de l'état général avec amaigrissement progressif, pâleur, fatigue, tableau qui fait penser à une affection néoplasique d'autant plus qu'il n'existe pas de température ou tout au moins que le malade présente un léger état subfébrile.

En opposition avec cette forme, deux malades présentaient un état général parfait avec conservation de l'appétit, conservation des forces, absence d'amaigrissement et possibilité de continuer de mener une vie normale.

La formule leucocytaire dans ces cas a été pratiquée, n'a montré aucune modification de la formule hémoleucocytaire. Il est exceptionnel de voir des malades présenter une collection purulente dans le ventre associée à un très bon état général, c'est sur ce fait que nous voulions insister.

Cette forme de péritonite peut être comparée à ces pleurésies purulentes à pneumocoque à allure torpide, à évolution lente avec conservation d'un état général relativement bon.

EVOLUTION

Nous ne pouvons rien dire de l'évolution normale car tous les cas ont été traités, il est probable que l'affection même dans les cas favorables en apparence, doit amener la mort avec altération progressive de l'état général.

Dans tous les cas, les suites opératoires ont été favorables et la guérison rapide.

Les malades du Docteur CHAUVENET ont guéri après 10 ou 15 jours, la malade de ROCHET a eu des suites simples.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic nous semble très difficile à poser, on se trouve en présence d'un sujet qui fait une collection intrapéritonéale à allure subaiguë ou chronique avec un minimum de signes généraux et très peu de signes péritonéaux.

Péritonite enkystée de l'hypocondre droit : il faudra éliminer les affections du foie, de la vésicule, de l'angle colique, du rein et surtout les péritonites enkystées dues à d'autres germes que le pneumocoque.

Il sera assez facile d'éliminer le néo secondaire du foie à cause de ses bosselures et de sa dureté, d'autre part on sentira en certains points le bord tranchant du foie. La radio permettra de déceler le néo digestif responsable de ces métastases hépatiques.

Le cancer primitif ne présente pas du tout le même aspect.

Une grosse vésicule pourra être éliminée par l'histoire du malade et les symptômes caractéristiques des affections vésiculaires.

Kyste hydatique du foie. — Le diagnostic pourra être très difficile, un cas de CHAUVENET prêtait à confusion : il s'agissait d'une tumeur arrondie et rénitente, sous-hépatique, présentant des contours nets à la radio, cependant ce malade n'avait pas d'éosinophilie, les réactions de Weinberg et de Casoni étaient négatives, le malade n'avait jamais eu de crise urticarienne. Le diagnostic dans ce cas était il faut le reconnaître extrêmement difficile.

Les tumeurs du côlon gauche seront éliminées par l'examen radiographique après lavement baryté.

Le diagnostic de tumeur de rein a été posé dans un cas où la collection présentait nettement le signe du contact lombaire. Une pyélographie a permis d'éliminer la tumeur rénale.

La collection siège dans la région sous-hépatique ou dans un autre point, il faudra éliminer également les autres péritonites :

a) la péritonite tuberculeuse.

L'erreur a été faite dans l'observation de ZIMMERMAN. La forme fibro-caséuse peut prêter à confusion, mais le plus souvent, il existe des foyers multiples et il s'agit plutôt de véritables gâteaux qui donnent à la main une sensation d'empâtement.

Les antécédents ne sont pas d'un grand secours car le pneumocoque donne une atteinte pulmonaire que l'on pourrait prendre pour une lésion bacillaire.

b) L'abcès appendiculaire pourrait prêter à confusion, en général cet abcès bombe dans le Douglas et il y a dans le passé une crise appendiculaire, mais il ne faut pas le nier, ce diagnostic peut être très difficile, surtout chez le vieillard dont on connaît l'appendicite à forme tumorale, ce n'est qu'à l'intervention que l'on décèlera la cause de la maladie.

c) Il faudra éliminer également, les abcès sous-phréniques, à évolution torpide et essayer de déceler leur point de départ, en tout cas, la ponction suivie d'examen bactériologique lèvera les doutes. La radio pourra montrer en cas d'abcès sous-phréniques dus à une perforation, un pneumopéritoine.

Diagnostic par le laboratoire.

Plusieurs examens de laboratoire ont été préconisés dans le but du diagnostic de la péritonite à pneumocoque :

L'hémoculture a été faite dans les formes aiguës, mais

dans les formes subaiguës ou chroniques, les auteurs ne l'ont jamais pratiquée.

La ponction abdominale a été préconisée en Amérique par LIPSCHUTZ, en Allemagne par FRANGENHAIM et SALZER qui la croient dénuée de tout danger.

Il faut reconnaître que cette ponction est dangereuse, il faut l'éviter quand il y a un doute avec le kyste hydatique. Le pus très épais sera difficilement aspiré dans la seringue.

La recherche directe du pneumocoque dans le sang préconisée par AUROUSSEAU n'a pas été faite.

De nombreux auteurs ont insisté sur la leucocytose avec polynucléose. GIBSON la trouve si caractéristique que pour lui elle permet le diagnostic dans tous les cas.

Sur neuf péritonites, il obtient des leucocytoses de 20.000 à 74.000 avec 90 % de polynucléaires ;

Pour six appendicites il trouve des leucocytoses allant de 10.000 à 15.000 seulement.

MONDOR au contraire, dans trois cas ne trouve que des chiffres banaux.

Dans les formes subaiguës nous ne croyons pas que la numération avec la formule leucocytaire soit d'une grande importance ; chez le malade présenté par BROUSTET, elle était tout à fait normale.

Diagnostic à l'intervention.

La présence d'un pus verdâtre, crémeux, inodore, permet de différencier cette affection de l'abcès appendiculaire dont le pus est très fétide, de la péritonite tuberculeuse dont le pus est grumeleux.

En tout cas, l'examen bactériologique lèvera les doutes, il faut faire :

1° un examen direct du pus ;

2° une culture ;

3° une inoculation au cobaye pour éliminer la tuberculose.

Il est un point qui nous paraît très important c'est la biopsie des parois de la poche.

Dans le cas examiné par BROUSTET, le pus était stérile et l'examen d'un fragment prélevé dans la paroi y a décelé la présence du pneumocoque.

En résumé, il s'agit d'un diagnostic très difficile qui ne sera fait pratiquement qu'à l'opération, on devra examiner bactériologiquement non seulement le pus, mais un fragment prélevé sur les parois de la collection.

TRAITEMENT

Le plus souvent le diagnostic n'a pas été fait et on a eu recours à une incision exploratrice.

Si on fait le diagnostic, l'indication opératoire nous semble formelle.

Traitement chirurgical.

On fait une incision directement sur la tumeur. Dans la forme sous-hépatique, deux fois CHAUVENET a fait une incision verticale sur le bord externe du grand droit, une fois il a eu recours à l'incision oblique para-costale.

Cette incision doit être prudente, on tombe rapidement sur le foyer et on assiste à une issue de pus parfois considérable, parfois très minime. Il nous semble utile d'inspicer complètement la cavité, d'enlever les fausses membranes s'il en existe et dans tous les cas de prélever un fragment de la paroi de la poche en vue d'examen histologique.

On refermera la paroi en trois plans avec mise en place d'un gros drain au point déclive.

Les suites sont bonnes, la cavité se comble assez rapidement, on enlève le drain entre le 8^e et le 15^e jour.

Les malades de CHAUVENET ont guéri très simplement la malade de ROCHET a eu également des suites excellentes.

Traitement médical.

Le traitement médical ne peut être considéré que comme adjuvant.

On devra pratiquer la sérothérapie antipneumococcique à dose de 40 à 100 cc. par jour.

La vaccination est inutile.

Il faudra utiliser évidemment la médication tonique générale quand l'état du malade le réclame.

LA PERITONITE GENERALISEE SUBAIGUE OU CHRONIQUE.

En opposition avec la forme enkystée des péritonites à pneumocoque, il existe une péritonite généralisée qui évolue sans fièvre. Nous la citerons dans le souci d'être complet et de donner la description de toutes les péritonites chroniques dues au pneumocoque.

A notre avis il existe une grosse différence entre ces deux formes.

Dans la première c'est un pneumocoque peu virulent qui a envahi un péritoine résistant.

Dans la seconde au contraire, il s'agit d'un organisme qui est incapable de réagir contre l'infection pneumococcique et cela explique l'évolution apyrétique de cette maladie qui se termine par la mort dans toutes les observations que nous avons retrouvées.

Citons celles de LESAGE et PINEAU, de MENETRIER et LEGROUX, de MENETRIER et RUBENS DUVAL.

OBSERVATION VII.

(LESAGE et PINEAU.)

Péritonite à pneumocoque chronique d'emblée et généralisée. La durée fut de trois mois, le début s'établit lentement et insidieusement par l'apparition d'un état cachectique qui est des plus notables ; amaigrissement, pâleur et teint jaunâtre de la peau, faiblesse extrême, anorexie complète, légère suffusion œdémateuse. La première idée qui vient à l'esprit est qu'il

s'agit d'un cancer viscéral, il n'existe aucune fièvre, plutôt même de l'hypothermie 36°5. On cherche la localisation de ce cancer et on pense le placer dans la région épigastrique pour la raison suivante : douleur à ce niveau, cependant ces douleurs sont tellement vives et tellement exaspérées par la moindre pression que la prise du péritoine paraît certaine.

La dyspnée très marquée présentant les allures de la dyspnée de la pleurésie diaphragmatique vient confirmer cette idée.

L'absence totale de fièvre semble cependant contraire à cette opinion, le cœur est examiné et le diagnostic de lésion polyvalvulaire est porté, rétrécissement aortique, insuffisance mitrale, insuffisance tricuspide, asystolie, le malade présente de plus depuis quelques jours une diarrhée notable vert foncé qui au premier abord éveille l'idée de méléna. Cependant aucun signe d'hémorragie n'existe, de plus, l'étude de cette diarrhée permet de reconnaître la présence de *b. coli* et de *b. pyocyane*, la teinte verte des selles est due à la pyocyanine que nous avons pu extraire en grande quantité ; l'apparition d'une diarrhée donnant une cachexie intense à type de cancer n'a rien qui puisse étonner. Le malade meurt rapidement, on trouve dans la plèvre et dans le péricarde un épanchement séro-fibrineux, les valvules présentent des végétations et dans le péritoine on trouve un épanchement séro-purulent de deux litres. L'examen de ce liquide révèle la présence de pneumocoques en abondance. En résumé, il s'agit d'une véritable polysérite due au pneumocoque.

OBSERVATION VIII.

(Due à MENETRIER et LEGROS.)

Il s'agit d'un homme de 32 ans qui entre à l'hôpital pour douleurs abdominales sourdes continues, sans vomissements ni diarrhée. Le début a été progressif. A son entrée, on constate un mauvais état général ; faciès abdominal, les traits sont tirés, les yeux excavés, la langue est humide, le ventre est douloureux à la pression un peu ballonné sans contracture, les

urines sont rares albumineuses, pas de fièvre. Le ballonnement augmente tous les jours qui suivent sans qu'apparaisse la fièvre. Dans la cavité abdominale on trouve une péritonite purulente généralisée et l'examen du pus révèle l'origine pneumococcique de cette péritonite.

OBSERVATION IX.

(Due à MENETRIER et RUBENS DUVAL.)

(Société de Médecine 1906.)

Les auteurs insistent sur le polymorphisme de la péritonite à pneumocoque de l'adulte qu'ils opposent à la régularité de l'évolution chez l'enfant. Le malade en question est un cyrhotique dyspnéique, cyanosé, apyrétique. Il existe un épanchement abdominal marqué. On fait une ponction qui ramène un liquide louche où on trouve du pneumocoque avec des polynucléaires. Le malade meurt.

PRONOSTIC

Nous opposerons le pronostic de la péritonite enkystée à celui de la péritonite généralisée.

Dans la première le pronostic semble favorable, en tous cas les malades ont été opérés et ont guéri ; dans la seconde, tous les cas se sont terminés par la mort.

SYMPTOMES

Le début peut être lent et progressif, il s'agit surtout d'une atteinte de l'état général avec pâleur, faiblesse anorexie, œdèmes, qui fait penser à un cancer digestif.

Il peut être plus rapide et marquer d'emblée par des douleurs abdominales, sourdes et continues.

On note l'absence de fièvre et l'absence de diarrhée.

En période d'état, ce sont les signes généraux qui dominent la scène, la cachexie est très marquée, les yeux sont encaqués, les traits tirés il existe de vives douleurs abdominales, douleurs augmentées par la palpation.

L'examen montre un abdomen ballonné sans contracture. A cette période la diarrhée peut apparaître. L'évolution est assez rapide et se fait par la mort.

Le malade de LESAGE et PINEAU est mort après trois mois, celui de MENETRIER et LEGROUX au bout de dix jours.

A l'autopsie on a trouvé, une fois du pus franc, et dans les autres cas un liquide louche qui contenait du pneumocoque.

Le pronostic nous paraît extrêmement sombre. Le diagnostic dans tous les cas a été fait par l'autopsie, il est peu probable qu'une intervention chirurgicale dans ces formes très graves ait quelques chances de succès.

CONCLUSIONS

1° La péritonite à pneumocoque est dans l'immense majorité des cas une affection à allure dramatique.

Classiquement, elle se présente sous deux formes : la péritonite énéralisée et la péritonite enkystée ; cette dernière siège dans l'étage sous-ombilicale de l'abdomen.

Dans ces deux formes, la maladie a une allure aiguë.

2° Il existe des péritonites à pneumocoque à évolution subaiguë ou chronique ; elles sont très rares.

3° Le malade a toujours dans ses antécédents une atteinte pleuro-pulmonaire plus ou moins fruste qu'il faut rechercher dans l'interrogatoire.

4° Dans la péritonite enkystée, on trouve une collection située le plus souvent dans l'hypocondre droit, parfois en d'autres points de l'abdomen.

Cette collection peut présenter une dureté néoplasique due à l'épaisse coque qui l'entoure.

L'état général peut être parfaitement conservé.

L'évolution est lente, le pronostic favorable à condition que l'on intervienne.

5° Le traitement consiste dans l'incision simple avec drainage.

La sérothérapie anti-pneumococcique doit être employée comme adjuvant.

Les suites opératoires sont bonnes.

6° Dans la péritonite généralisée, il s'agit de sujets débilités dont l'état général est profondément touché ; ils sont apyrétiques parce qu'ils ne réagissent pas contre l'infection, l'épanchement est séro-purulent ou purulent.

Cette forme évolue assez rapidement vers la mort.

Vu :

Le Doyen,

Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de thèse,

J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 8 juillet 1935.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Nous signalons dans cette bibliographie les ouvrages qui ont été consultés pour cette thèse. Nous insistons sur le nombre très restreint des publications se rapportant à notre sujet.

ACHARD. — *Journal des Praticiens*, 1932.

AGRON. — *Bourgogne Médical*, 1927.

ARMITAGE. — *Brit. Med. journal*, 1927.

AUROSSEAU. — *Pédiatrie pratique*, 1928.

BALDASSARE. — *Pédiatria*, 1926.

BEAVEN. — *American journal of diseases of children*, 1920.

BELLONI. — *Archives de Médecine des Enfants*.

BERETERVIDA et CARBONE. . . *Archiv. lecture de Pédiatrie*, 1929.

BERGAMINI. — *La Pédiatria*, 1927.

BERTRAND et CARCASSONNE. — *Gynécologie et obstétrique*, mai 1929.

BRECHOT. — *Bull. Soc. Chir.*, Paris 1931, n° 22.

BODMANN. — *British Medic. Journ.*, 1928.

BOULENGER-PILET. — *Soc. Pédiatrie*, 15 mai 1928.

BRIQUET. — *Paris chirurgical*, 1919.

BROCA. — *Cliniques de chirurgie infantile*.

BRUN. — *Presse Médicale*, 1896-1897.

BUDDE. — *Klinische Wochenschrift*, 1926.

BUSTOS. — *Semana medica*, 30 juin 1907, p. 107.

CAMERON. — *British Journ. of Children*, 1912.

CARTNEY et FRASER. — *Brit. Journ. of Surgery*, 1922.

CAZAL. — *Archives médicales de Toulouse*, 1910.

CERZA. — *La Pédiatria*, Naples, 1^{er} janvier 1930, t. XXXVIII, fasc. I.

CHAUVENET et BROUSTET. — *Journ. Médecine de Bordeaux*, 1931.

COMBY. — *Archives des maladies des enfants*, 1912.

- *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, mars 1927.
- COURTIN. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1903.
- CREUZOT. — Th. Paris, 1919 (pseudo perf. inf. au cours des pneumococcies).
- D'ALLAIN et OKINCZYC. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1929.
- DARU LÆDERIC et MANON. — *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1931.
- DE SANCTER et NICHOLS. — *Surgery Gynecol. et Obstétric*, 1929.
- DEVEL et DE GOWIN. — *Journ. of the Americ. Medic. Association*, 1928.
- ELKIN. — *Archiv. of Surgery*, t. XVIII.
- ESMEIN. — *Bulletin médical*, 1913.
- FOLLIASÓN. — *Pédiatrie pratique*, 1930.
- JOHN FRASER. — *British. Medical journ.*, 4 février 1922.
- FRICKE. — *Americ. Journ. of surgery*, janvier 1930.
- FRIEDMANN. — *Colorado Med.*, juillet 1930.
- FUMI. — *Journal des praticiens*, 1925.
- GIBSON. — *Transactions of the Americ. Surg. Association*, 1925, t. XXXXIII.
- *Americ. Journ. of med. Scienc.*, sept. 1930.
- GOSSMANN. — *Zentralblatt für chirurgie*, 1926.
- GUINON. — *Société médicale des hôpitaux*, 1907.
- HAGEDORN. — *Bruns. Bertrag. zur Klin. chirurgie*, t. CXXXIV.
- HALLER. — *Le Nourrisson*, 1915.
- HAMPELN. — *Zeitsch. für klinisch. Medizin*, 1902, t. XLV.
- HEIMAN. — *Americ. Pediatrics Society*, 2 juin 1921.
- HUC. — *Société de Pédiatrie*, Paris 1927.
- JENSEN et NETTER. — *Pneumokokkruperitonitis*, *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1903, Bd 69 et 70.
- KIRSCHNER. — *Zentrablatt für Med.*, 1926.
- KIRKOFF. — *Zeit. f. chir.*, 1930, n° 35.
- KOENNECKE. — *Brun's Bertrage für Klin. Chirurgie*, 1919.
- KOLOWSKI. — *Zentralblatt für chirurgie*, 1926.
- KRAFT. — *Journal de Chirurgie*, 1923.
- LARROYENNE et JARICOT. — *Lyon Médical*, 1931.
- LESAGE et PINEAU. — *Compte rendu et Mém. de la Soc. de biol.*, t. V., 1893

- LIPSHUTZ et LÆWENBURG. — *Journ. of the Americ. Assoc.*,
9 janvier 1926.
- LEONARDO. — *Annals of Surg.*, 1926.
- MC. CORD. — *Americ. Journ. of Obstetric, and Surgery*, 1926.
- MACDAGAN. — *Revista medica de Rosario*, 1911.
- MARFAN et FLORAND. — *Le Nourrisson*, 1927.
- MELCHIOR. — *Medicinische Klinische*, 1926.
— *Presse Médicale*, 1926.
— *Société de Pédiatrie*, 1926.
- MATHIEU et MARCHAND. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1930.
- MELCHIOR. — *Medicinische Klinische*, 1926.
- MENETRIER et LEGROUX. — *Revue gén. clin. et thérapeutique*,
1900.
- MENETRIER et RUBEN-DUVAL. — *Société de Médecine*, 1906.
- MEYER. — *Société de Pédiatrie*, 1922.
- MONDOR. — *Diagnostics urgents*, Manon Paris 1930.
— *Bull. Soc. Chirur. Paris*, 1931, n° 20.
- MONNIER. — *Revue médicale de la Suisse normande*, 1917.
- MORARD. — *Revue médicale de la Suisse normande*, 1920.
- MOURIQUAND et BERNHEIM. — *Archiv. de Médecine des enfants*,
1926.
— *Archiv. de Médecine des enfants*, 1927.
- NOVÉ-JOSSERAND. — Rapport au Congrès de Pédiatrie, Alger
1907.
- PAISSEAU et DUCHON. — *Société de Pédiatrie*, 1923.
- OBDALEK. — *Deut. Zeit. für Chir.*, 1929, t. CCXX.
— *Zelut. für Chir.*, 1931, n° 20.
- PAPARANOU. — Thèse Paris, 1932.
- PARKER SYMES. — *Annals of Surgery*, mars 1918.
- REMIJNSE. — *Nederland Tydschrift wor Geneeskund*, t. LXX,
1926.
- RIBADEAU-DUMAS et METER. — *Société de Pédiatrie*, 1922.
- RIVET et DAYROS. — *Revue méd. fr.*, n° 3.
- ROBINSON. — *Archives des maladies des enfants*, 1910.
- ROCHER. — *Société de Pédiatrie*, 1924, 17 juin.
- ROCHET. — *Lyon Chirurgicale*, 1935.
- SALZER. — *Monatschrift für Kunderheelk*, t. XXXVIII.
— *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1928, t. CCVIII.

- SCHAKER. — *Brun's Beiträge für Klin. Chir.*, 1929.
SCHWARTZ. — *Surgery gynecol. and obstetric*, 1927.
SCOTT CARMICHAEL. — *British med. journ.*, 1909.
SEHAKIR. — *Sur la Pà Petà St-Beitr. journ. Klin. Chir.*, 1929.
SIMPSON. — *British med. Journ.*, 1929.
SOUTAN SIMPSON. — *British med. journ.*, 1929.
STEINBERG. — *Journ. of experim. med. Baltimore*, 1^{er} juillet 1925.
TORI. — Thèse Bordeaux, 1926.
VANELLI. — *Medicina italiana*, 1927.
VASILE. — *Pedistria*, 1926.
VIGNARD et ARMAND. — *Lyon Chirurgical*, 1910.
VILLEMIN. — *Société de Pédiatrie*, 1903.
VOLFSOHN. — *Zentrabl. für chir. Perit. à pneumo.* 1930.
— *Medizinische Klin.*, 1925.
WERNECK. — *Revista médico chirurgicala du Brésil*, 1929.
ZANETTI. — *Policlinico*, 1928.
ZIMMERMANN. — *Revue de la Suisse normande*, 1914.
ZUBER. — *Société de Pédiatrie*, 1927.
-

Bordeaux. — Imprimerie J. BIÈRE, 18, rue du Peugue. — 1935.
